

بررسی تأثیر مداخله مشارکتی در کاهش فراوانی سزارین های غیر ضروری در شهرکرد، ایران

دکتر فروزان گنجی^{۱*}، دکتر رویا رئیسی^{**}، شمسعلی خسروی^{***}، پریچهر سلطانی[†]، دکتر کرملی کثیری^{††}،
دکتر لعبت جعفر زاده^{†††}، محمدرضا زاهدی^{***}، دکتر اکرم همتی^{**}، دکتر رضا ایمانی^{*}، دکتر حسن شجاعی^{**}
^{*}استادیار گروه پزشکی اجتماعی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد (مؤلف مسئول)، ^{**}پزشک عمومی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ^{***}مربی
گروه بهداشت - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، [†]عضو گروه مردمی تخصصی، ^{††}متخصص بیماریهای کودکان - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد،
^{†††}متخصص بیماریهای زنان - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ^{*}استادیار گروه عفونی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ^{**}دانشیار گروه
میکروبیولوژی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۴/۱/۲۳ - تاریخ تأیید: ۱۳۸۴/۷/۳

چکیده:

زمینه و هدف: در سال های اخیر در کل جهان و از جمله ایران روند رو به رشد سزارین به چشم می خورد. در شهرکرد در سال ۱۳۸۰ سزارین ۴۹٪ زایمان ها را به خود اختصاص داده است. در دنیا رویکرد جدیدی جهت کمک گرفتن از نیروهای مردمی در حل مشکلات سلامتی بوجود آمده است. در این تحقیق نقش مشارکت گروههای مردمی در کاهش میزان سزارین مورد بررسی قرار گرفته است.

روش بررسی: در یک مطالعه میدانی (فیلد تریال) ۱۷۱ زن باردار که سابقه قبلی سزارین نداشتند و کمتر از ۳ بار زایمان داشته اند از زنان باردار به صورت تصادفی انتخاب شدند. ساختار یک گروه مردمی متشکل از پزشکان، ماماها، پرستاران علاقمند، زنان خانه دار، معلمین، رابطین بهداشتی، پرسنل بهداشت خانواده، خانم های فروشنده و نمایندگانی از سازمان های غیر دولتی فعال شهر شکل گرفت. این گروه، زنان باردار انتخاب شده را از طریق آموزش ترغیب به انجام زایمان طبیعی نمود. رضایت زنان باردار از آموزش ها و فراوانی سزارین قبل و بعد از مداخلات جمع آوری و با استفاده از آزمون های آماری t زوجی و مک نمار تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: در این مطالعه ۷۰٪ زنان باردار از آموزش های ارائه شده راضی بودند و فراوانی سزارین از ۶۳٪ قبل از اجرای طرح به ۵۲٪ بعد از انجام مداخلات کاهش داشت ($p < 0/05$).
نتیجه گیری: در مواردی از مشکلات سلامت مانند سزارین که ریشه در فرهنگ و باورهای مردم دارد بسیج گروههای مردم در حل مشکل همراه با ارتقاء خدمات بهداشتی درمانی مرتبط، می تواند تأثیرات مطلوبی داشته باشد.

واژه های کلیدی: تحقیقات جمعیتی، سزارین، مشارکت مردمی.

مقدمه:

از جمله مسائل مهم در رابطه با جمعیت جوان	از یک سو و بعد اقتصادی آن از سوی دیگر توجه
کشورمان، زاد و ولد و امور مرتبط با آن است. بارداری	جدی تری را می طلبد (۱).
و مراقبت های بهداشتی درمانی خاص آن، از جمله	تولد یک فرزند طبیعی است که می تواند منجر
مواردی است که به دلیل شاخص های بهداشتی کشور	به حوادث مرگ بار و یا صدمه جدی به مادر و جنین

^۱آدرس: شهرکرد- خیابان پرستار - معاونت پژوهشی دانشگاه - تلفن: ۰۳۸۱-۲۲۲۲۶۶۴، Email: forouzanganji@skums.ac.ir

هوش نوزاد و سلامتی مادر، عوامل اجتماعی و اقتصادی می باشند.

در نیمه اول قرن بیستم در دنیا رویکرد جدیدی در کمک گرفتن از تشکلات مردمی در حل مشکلات مربوط به سلامتی ایجاد شد، که بعدها مشارکت جامعه نام گرفت. همچنین مشارکت اجتماعی یکی از اصول اصلاح در بخش بهداشت توسط دولت ها مورد توجه قرار گرفته است و جوامع باید در تعیین نوع مراقبت هایی که دریافت می کنند نقش داشته باشند (۶) شواهد برای بیان تأثیرات مشارکت جامعه کم است (۷).

از آنجایی که در کشور ما استفاده از مشارکت مردمی در حل معضلات مربوط به سلامت ضعیف است. لذا در این تحقیق در یک الگو نقش بسیج مردمی در کاهش سزارین های غیر ضروری مورد بررسی قرار گرفته است.

روش بررسی:

در این بررسی که یک مطالعه میدانی (فیلد تریال) بود. جمعیت مورد مطالعه عبارتند از زنان باردار شهرکرد که تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شماره ۱، ۲، ۵، ۶ و پایگاه بهداشتی معلم بودند. تعداد ۱۷۱ زن باردار داوطلب که بدون سابقه قبلی سزارین بوده و زایمان کمتر از ۳ بار داشته اند، به صورت تصادفی از بین جمعیت مورد مطالعه فوق انتخاب شدند. جهت انجام مداخلات ساختار یک گروه مردمی جهت حمایت از مادران باردار و ترغیب به انجام زایمان طبیعی شکل گرفت. این گروه شامل تعدادی از پزشکان، ماماها، پرستاران علاقمند، زنان خانه دار، معلمین، رابطین بهداشتی، پرسنل بهداشت خانواده، خانمهای فروشنده و خانم های آرایشگر و نمایندگان از سازمان های غیر دولتی فعال در سطح شهر بود. گروه حمایتی فوق پس از تشکیل جلسات مشاوره (۱۰ جلسه کاری منظم) و

شود زمانی که زایمان طبیعی برای مادر یا کودک خطر دارد سزارین انجام می شود و توانسته نقش مهمی در کاهش عوارض و مرگ و میر زایمانی در قرن اخیر داشته باشد. در مقایسه با زایمان طبیعی سزارین عوارض و هزینه بیشتری دارد (۲، ۳، ۴).

در طی سالیان اخیر در کل جهان و از جمله در کشورمان با روند رو به افزایش سزارین مواجه شده ایم، میزان کلی زایمان سزارین در ایالات متحده و در سرتاسر دنیای غرب از ۱۹۶۵ تا ۱۹۸۸ از ۴/۵ درصد کل زایمان ها به ۲۵ درصد رسیده است که در پاسخ به این افزایش سازمان بهداشت جهانی هدف رسیدن به میزان کلی زایمان های سزارین ۱۵ درصد را برای سال ۲۰۱۰ تعیین نموده است. برنامه های ارائه شده برای کاستن از زایمان های سزارین غیر ضروری عمدتاً متمرکز بر چند اصل می باشد از جمله، تلاش های آموزشی جهت ارتقاء سطح آگاهی مردم و مشارکت آنها در کاهش میزان سزارین، تشویق انجام لیبر بدنبال سزارین قبلی با شرایط خاص و محدود کردن سزارین به علت سختی زایمان برای زنانی که دارای معیارهای کاملاً تعریف شده باشند (۵، ۳).

طی تحقیقات مختلف انجام شده در استان های مختلف کشورمان و بهمینطور در مراکز خصوصی تهران آمار سزارین در سال از ۶۵-۵۸ درصد متغیر بوده است (۴). در سال ۱۳۸۰ در بیمارستان آموزشی درمانی هاجر^(س) شهرکرد سزارین ۴۹ درصد نوع زایمان ها را به خود اختصاص داده بود. مهمترین علل افزایش میزان سزارین، شامل کاهش میزان زایمان در کل زنان، افزایش نسبت زنان نخست زاء، اختلاف فاحش درآمد ناشی از سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی، عدم همکاری سازمان های بیمه در خصوص حمایت از زایمان طبیعی، افزایش سن ازدواج و سن اولین حاملگی، ترس زنان باردار از زایمان طبیعی، وجود باورهای غلط در مورد فواید سزارین بر

یافته ها:

نتایج نشان داد ۱۰۹ نفر (۶۳/۵٪) از زنان باردار از اطلاعات داده شده در مورد زایمان طبیعی، ۱۲۹ نفر (۷۵/۴٪) از ایشان از اطلاعات داده شده در مورد دلایل سزارین و ضرورت آن، ۱۳۶ نفر (۷۹/۵٪) از ایشان از اطلاعات داده شده در مورد مضرات سزارین غیر ضروری راضی بودند. همچنین ۱۲۵ نفر (۷۳/۱٪) از زنان باردار که با گروه آشنایی پیدا کرده بودند ملاقات با این گروه را به بقیه زنان توصیه نمودند. ۶۹ درصد زنان بیش از ۲ بار با این گروه ملاقات داشته بودند. میانگین نمره آگاهی زنان قبل از مداخله $3/4 \pm 2/7$ که به $8/8 \pm 1/9$ رسید ($p < 0/05$).

فراوانی سزارین در مرکز بهداشتی، درمانی شماره ۱ شهرکرد قبل از طرح ۶۶ درصد و بعد از آن ۵۰ درصد در مرکز بهداشتی، درمانی شماره ۲ شهرکرد قبل از طرح ۵۱ درصد و بعد از آن ۴۱ درصد در مرکز بهداشتی، درمانی شماره ۵ شهرکرد قبل از طرح ۶۲ درصد و بعد از آن ۵۶ درصد در مرکز بهداشتی، درمانی شماره ۶ شهرکرد قبل از طرح ۶۴ درصد و بعد از آن ۶۲ درصد و در پایگاه بهداشتی معلم شهرکرد قبل از طرح ۷۳ درصد و بعد از آن ۴۷ درصد به دست آمد. نتایج نشان داد در تمام مراکز آمار سزارین کاهش یافته بود که این کاهش به جز مرکز بهداشتی، درمانی شماره ۶ در بقیه مراکز از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/05$).

بحث:

نتایج نشان داد که مشارکت گروه مردمی تخصصی موجب کاهش آمار سزارین در درمانگاه های اجرای طرح شده که به جز در مرکز بهداشتی، درمانی شماره ۶ در بقیه مکان ها این کاهش معنی دار بوده است. در دنیا رویکرد جدیدی در کمک گرفتن از تشکلات مردمی در حل مشکلات مربوط به سلامت

تدوین اساسنامه به چهار زیر گروه کاری تقسیم شدند زیر گروه تخصصی مسئولیت حمایت علمی و ارائه آموزش های دقیق به آموزش دهندگان در خصوص انواع زایمان، فواید زایمان طبیعی و مخاطرات سزارین و عوارض جانبی سزارین و نهایتاً تهیه فیلم، پمفلت و جزوات آموزشی را به عهده داشتند. گروه آموزش دهندگان مردمی شامل اصناف، خواهران حوزه علمیه، رابطین بهداشتی و معلمان پس از کسب آموزش های لازم به آموزش در سطح جامعه پرداختند. گروه روابط عمومی که با هماهنگی لازم با کمک صدا و سیما اقدام به تهیه فیلم های آموزشی و تبلیغاتی و پخش از طریق شبکه استانی نمود. همچنین پوسترهای تبلیغاتی طرح زایمان ایمن را به کمک اعضای سازمان غیر دولتی (NGO) حمایت از حقوق زنان تهیه و پخش نمودند مدت آموزش ۹ ماه بود.

گروه اجرایی مسئولیت فعال کردن کمیته کنترل سزارین در سطح دانشگاه را به عهده گرفتند. این کمیته که با مشارکت ریاست دانشگاه، معاونت درمان، معاونت بهداشتی و معاونت پژوهشی دانشگاه، رئیس بیمارستان هاجر^(س)، رئیس بیمارستان تأمین اجتماعی شهرکرد و نمایندگان از گروه مردمی حمایت از حقوق زنان تشکیل شد. پس از پنج جلسه بحث و تبادل نظر خواستار تشکیل مرکز زایمان بی درد در بیمارستان هاجر^(س) و تأمین اجتماعی گردیدند. پرسشنامه آگاهی (شامل بیست سؤال که هر سؤال نیم نمره داشت) در مورد نوع زایمان قبل و بعد از آموزش های گروه مردمی و پرسشنامه رضایت سنجی از مداخلات انجام شده بعد از مداخلات توسط ۱۷۱ زن باردار انتخاب شده تکمیل گردید. داده های مربوط به رضایتمندی زنان باردار و آگاهی ایشان و فراوانی سزارین قبل و بعد با استفاده از نرم افزار SPSS از طریق آزمون t زوجی و مک مکمار تجزیه و تحلیل شد.

ایجاد شده و گسترش یافته است. بطور مثال در نه کشور بنگلادش، برزیل، چین، هند، مالزی، مکزیک، آفریقای جنوبی، اوگاندا، ویتنام تشکلات مردمی منسجمی در جهت پر کردن شکاف عملکرد بخش های دولتی در امر بهداشت باروری و حمایت از زنان در سنین باروری ایجاد شده است و با همکاری بخش های دولتی پیشرفت های زیادی در این زمینه حاصل شده است (۸-۱۲).

در برزیل تأمین سلامت زنان از اولویت های وزارت بهداشت است که در این راستا از راهکارهایی مثل افزایش دستمزد زایمان های طبیعی برای پیشگیری از سزارین غیر ضروری، همکاری بخش های خصوصی و گروه های اجتماعی مردم استفاده شده است (۶).

در مکزیک راه حل کاهش آمار زایمان از طریق سزارین که حدود ۵۰ درصد است را در کمک گرفتن از تشکل های مردمی جهت آموزش مادران باردار در مورد فواید زایمان طبیعی و پایه گذاری سیستمی جهت تدوین دستورالعمل های لازم و پایش عملکرد پزشکان یافته اند (۶).

بررسی تحقیقات جمعیتی در واشنگتن دی سی، حدس زده می شود که نزدیک به یک میلیون از سزارین های انجام شده در هر سال غیر ضروری بوده است در این راستا گروه های غیر دولتی مانند International cesarean aware network که یک سازمان غیر دولتی است و با تشریک مساعی جمعی از مردم و متخصصین در سال ۱۹۸۲ تأسیس شده و به تدریج نه تنها در کشور آمریکا بلکه به سایر نقاط دنیا گسترش یافته است (این شبکه از طریق اینترنت عضو می پذیرد) با توجه به گستردگی استفاده خانواده های آمریکایی از اینترنت اقدام به آموزش در این خصوص می کند در جامعه سنتی ایران این کار را NGO ها و گروه های مردمی ذکر شده به خوبی انجام خواهند داد و در واقع مهارت ها و دانش محلی موجب استفاده

کامل تر از منابع موجود می شود (۸،۷).

در این طرح گروه های مردمی با علاقه، دانش و مهارت خود را به خدمت گرفتند. این مشارکت بیش از هر چیز دیگر تضمین کننده پایداری ابتکارات مربوط به سلامت می باشد و کمک به برطرف کردن شکاف مربوط به وضعیت موجود سلامت و رسیدن به وضعیت ایده آل می کند.

نتیجه گیری:

مشارکت دادن افراد و گروه های ذینفع به خصوص در جوامعی که به شدت وابسته به حمایت های مستقیم دولتی جهت تغییر وضعیت خود می باشند و رویکرد پائین به بالا را در هرم تصمیم گیری نمی پذیرند تلاشی در جهت ایجاد بستر مناسب و امن در ارتقای فرآیندهای سلامت و توسعه می باشد. از آنجایی که زنان نیازهای متفاوت داشته و نقش بزرگی در رفع چالش های موجود سلامت دارند هر کوششی در طی نمودن این مسیر پر پیچ و خم باید آنها را درگیر کند و مشارکت دادن زنان مؤلفه اصلی برای اثر بخش نمودن پژوهش های مشارکتی است. با توجه به نتایج این طرح پیشنهاد می گردد پروژه های توانمند سازی مردم و مشارکت مردم در شناسایی مشکلات سلامتی و حل آنها در سطح وسیع در کشور انجام شود.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از معاونت پژوهشی، درمان و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، همچنین از آقایان دکتر علی ضامن صالحی فرد، دکتر ابراهیم پوریامفرد و خانم ها سرکار خانم دکتر خلفیان، شمس، شایسته ریاحی و همچنین حوزه علمیه خواهران شهرکرد، اتحادیه صنف بانوان، سازمان های غیر دولتی و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شماره های ۶۵،۲،۱ و کلیه همکاران و عزیزانی که در اجرای طرح همکاری نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی می گردد.

منابع:

1. Tangcharoensathien V, Chantarasatit N, Sittitoon C. Pattern of hospital delivery in Thailand 1990-1996. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. 1998.
2. Organization for Economic-Co operation and development (OECD) Health system. Facts and trends 1960-1991. Health Policy Studies. 1993; 3(1): 10-15.
3. Wilkinson C, McIlwaine G, Boulton Jones C, Cole S. Is a rising caesarean section rate inevitable? Br J Obstet Gynaecol. 1998 Jan; 105(1): 45-52.
۴. مقاره عابد لیلا، گوهریان وارسته. بررسی شیوع سزارین و علل آن در ایران در سال ۷۷ مجله پژوهشی حکیم. ۱۳۷۹. ۱(۲): ۵۱-۱۴۷.
۵. ماین مورات دیوید، آکالین ویکتوریا، وارد آنجلا کامرا. طراحی و ارزشیابی برنامه های پیشگیری از مرگ مادر، ترجمه: دکتر فر فتاحی فرزاد، فرزادفر فرشاد، فتاحی اقبال، مرادی قباد. تهران: نشر تکنواز. ۱۳۸۰. ۵۹.
6. WHO. Improving health through community participation: concepts to commitment. London: Health Development Agency. 2000.
7. Jewkes R, Murcot A. Community representative representing the community. Soci Sci and Med. 1998 Apr; 46(7): 843-58.
8. De Muylder X, Thiery M. The cesarean delivery rate can be safely reduced indeveloping country. Obstet & Gynecol. 1990 Mar; 75(3): 360-4.
9. Porreco RP. Meeting the challenge of the rising cesarean birth rate. Obstet Gynecol. 1990 Jan; 75(1): 133-6.
10. Stafford RS. Alternative strategies for controlling rising cesarean section rates. JAMA. 1990 Feb; 263(5): 683-7.
۱۱. بازنگری سیستم ها و خدمات بهداشتی با معیار ارتقای سلامت، مجموعه ای اساسی برای بازسازی کلی نظام خدمات بهداشتی کشور اداره کل ارتباطات و آموزش بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۰.
۱۲. جمشیدی انسیه. مروری بر ادبیات پایگاه تحقیقات جمعیت (عرصه توانمند سازی جامعه برای شناخت و حل معضلات سلامتی). تهران: انتشارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۸۲. ۷۸-۱۵۷.